

Wzór skierowania na badanie odry/różyczki w ramach programu WHO Eliminacja
Odry/Różyczki

Badanie w ramach programu WHO Eliminacja Odry/Różyczki

UWAGA: Niewypełnienie pól 1 i 2 spowoduje odpłatność za badanie. Zaznaczenie pola „inne” i bez podania wyjaśnienia, dyskwalifikuje próbkę do nieodpłatnego badania.

1.	Podejrzanie zachorowania na:	<input type="checkbox"/> odrę <input type="checkbox"/> różyczkę
2.	Powód wykonywania badań: (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)	<input type="checkbox"/> objawy (pkt. 8) <input type="checkbox"/> kontakt z chorym <input type="checkbox"/> inne (podać powód):
3.	Imię i Nazwisko chorego:	
4.	Data urodzenia:	
5.	PESEL:	
6.	Status szczepienia MMR (bardzo ważne):	Liczba dawek: Data szczepienia pierwszą dawką: Data szczepienia drugą dawką: <input type="checkbox"/> brak danych
7.	Data wystąpienia objawów choroby:	
8.	Objawy: (Można zaznaczyć kilka odpowiedzi)	<input type="checkbox"/> wysypka <input type="checkbox"/> gorączka <input type="checkbox"/> światłowstręt <input type="checkbox"/> zapalenie spojówek <input type="checkbox"/> ból gardła <input type="checkbox"/> ból głowy <input type="checkbox"/> suchy kaszel <input type="checkbox"/> powiększenie węzłów chłonnych <input type="checkbox"/> plamki Koplika <input type="checkbox"/> inne (podać jakie):
9.	Komplikacje w przebiegu:	<input type="checkbox"/> odry <input type="checkbox"/> różyczki

10.	Zgłoszenie do PSSE:	ZLK-1: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie ZLB-1: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
11.	Materiał kliniczny:	<input type="checkbox"/> surowica <input type="checkbox"/> krew pełna pobrana na EDTA <input type="checkbox"/> wymaz z gardła <input type="checkbox"/> mocz <input type="checkbox"/> inne (podać jaki):
12.	Data pobrania próbki:	
13.	Osoba pobierająca:	
14.	Warunki przechowywania materiału przed wysłaniem:	
15.	Osoba do kontaktu Tel: Email:	
16.	Adres email, do wysłania wyniku:	
17.	Uwagi:	